

Anmeldung zur Aufnahme



Ich bin damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten zum Zweck einer möglichen Aufnahme im MAW gespeichert werden.

<input type="checkbox"/>	dringende Anmeldung
<input type="checkbox"/>	gewünschter Einzugsstermin _____ <small>Der gewünschte Einzugsstermin stellt weder für den Antragsteller noch für das Mainzer Altenheim eine verbindliche Zusage dar.</small>
<input checked="" type="checkbox"/>	Einzelzimmer*
<input type="checkbox"/>	Doppelzimmer <small>*Die Aufnahme erfolgt in der Regel zunächst über ein Doppelzimmer</small>

Persönliche Angaben (Bitte Kopie des Personalausweises beifügen)

Name /Vorname(n) _____

Geburtsname _____

Geburtsdaten _____
geboren am _____ Geburtsort _____

Adresse _____
Straße / PLZ / Ort _____

Telefon _____

Derzeitiger Aufenthalt eigene Wohnung Krankenhaus Reha

Familienstand verheiratet geschieden ledig verwitwet

Konfession _____ 7. Staatsangehörigkeit _____

Angehörige / Kontaktpersonen

Name, Vorname	wie verwandt
Adresse	
Telefon (privat)	Telefon (dienstlich)
Handy	E-Mail
Name, Vorname	wie verwandt
Adresse	
Telefon (privat)	Telefon (dienstlich)
Handy	E-Mail
Name, Vorname	wie verwandt
Adresse	
Telefon (privat)	Telefon (dienstlich)
Handy	E-Mail

Betreuer/in gem. Betreuungsgesetz oder Bevollmächtigte/r

Name, Vorname

Grundlage (gesetzl. Betreuung, Vollmacht etc.)

Adresse

Telefon

Wirkungskreis

Aufenthaltsbestimmung

Gesundheitsfürsorge

Vermögenssorge

Behördenangelegenheiten

Postvollmacht

Sonstige: _____

(bitte Kopie des Betreuungsausweises bzw. der Vollmacht beifügen)

Patientenverfügung

ja nein

(wenn ja, bitte Kopie beifügen)

Behandelnde/r Ärztin/Arzt

Name, Vorname

Adresse

Telefon

Fax

Falls Ihr Hausarzt Sie in unserem Haus nicht betreuen kann, sind Sie damit einverstanden, dass der zuständige Wohnbereich einen Arzt für Sie wählt?

ja

nein, ich möchte folgenden Arzt: _____

Krankenkasse

Krankenkasse

Versicherungsnummer

Adresse

Telefon

Zuzahlung zu Medikamenten befreit nicht befreit

(bitte Kopie des Befreiungsausweises beifügen)

Liegt bereits ein Pflegegrad vor?

ja, Grad _____

(bitte Kopie des Leistungsbescheides zufügen)

Falls nein, läuft bereits ein Einstufungsverfahren? ja nein

Besteht ein beamtenrechtlicher Anspruch auf Beihilfe ja nein

Selbstzahler: ja (ohne Beteiligung des Sozialamtes)

nein Sozialhilfeantrag wurde gestellt am: _____ wird gestellt

Besteht ein Vorsorgevertrag mit einem Bestattungsinstitut? nein

ja, mit dem Institut: _____

Fragen zur Aufnahme

Name, Vorname: _____

Covid-19 Impfung ja am: _____ nein
(Bitte Nachweis beifügen)

Hilfsmittel die mitgebracht werden

Brille / Kontaktlinsen ja nein
Hörgerät ja nein
Zahnprothese oben unten nein
Arm-/Beinprothesen ja nein

Gehhilfen: Rollstuhl Rollator Gehstock

Benötigen Sie besondere Kostform?

fettarme / salzarme Kost Schonkost
Diabetes-Kost vegetarische Kost

Allergien / Unverträglichkeiten: _____
 nicht bekannt

Fachärzte: (Zahnarzt, Urologe, Orthopäde, Augenarzt, usw.)

möchten Sie weiterhin von Ihrem bisherigen Zahnarzt betreut werden?

ja _____
 nein → **Bitte beiliegendes Formular "Zahnärztliche Betreuung" ausfüllen**

weitere Fachärzte:

_____	Tel.-Nr.	_____
_____	Tel.-Nr.	_____
_____	Tel.-Nr.	_____
_____	Tel.-Nr.	_____

Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis ja nein
Wenn ja, Grad der Behinderung _____
(Bitte Kopie der Schwerbehindertenausweises zufügen)

Sonstiges: _____

Ort / Datum _____

Unterschrift _____